

гистрировались в среднем с частотой 2,82 на 1000 работающих, но по данным опроса сотрудников количество фактически полученных травм было выше официальной регистрации в 2,5–4 раза. До 60% АЭК соответствовали средней (51,9%) и высокой (8,4%) степени риска заражения. В структуре пострадавших наибольшую долю составляли СМР — 52,5%, на 2 месте были врачи (35,3%), в т. ч. хирурги (до 70%). Доля СМР была наибольшей в инфекционных, терапевтических отделениях и поликлиниках (70–90%), тогда как в хирургических отделениях и операционных она не превышала 35%. Среди врачей и медсестер преобладали сотрудники со стажем работы более 6 лет (52,5%), тогда как среди санитарок АЭК регистрировались среди лиц со стажем до 1 года (60%). В структуре травм преобладали уколы инъекционными и шовными иглами (78,5%). Доля АЭК, связанных с попаданием биоматериалов на кожу и слизистые не превышала 10%. Среднее число АЭК с понедельника по пятницу составляло 16–17, а в выходные дни — 6–9 случаев. Треть АЭК, в основном у врачей (70%), произошла во время операций. СМР чаще травмировались при постановке инъекций (27,5%) и работе с медицинскими отходами (15,7%). Специфической мерой профилактики профессионального заражения гемоконтактными инфекциями стали плановая иммунизация против ВГВ с охватом 99,1% МР и назначение антиретровирусной терапии (АРВТ) не позднее 72 часов от момента аварии. По нашим данным 91,1% МР АРВТ была назначена в 1 сутки, но из-за несвоевременного обращения (позднее 72 часов) 4,9% МР не получили АРВТ. Таким образом, выявленная профзаболеваемость МР Свердловской области не отражает ее истинного уровня из-за недовыявления ПЗ от действия биологических факторов, что связано с неполным отражением в материалах СОУТ факторов профессионального риска. Высокий уровень распространенности инфекционных заболеваний на территории определяет частоту их заноса в медицинские организации. Ключевыми направлениями управления рисками гемоконтактных инфекций являются вакцинопрофилактика против ВГВ и АРВТ, а из технологий неспецифической защиты — использование барьерных средств защиты (перчаток) и обработка алгоритма при работе с острым инструментом, позволяющие обеспечить безопасность значительной части МР.

УДК 613.6.02:616.248

АЛГОРИТМ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Рослая Н.А.¹, Ножкина Н.В.¹, Бушуева Т.В.²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Репина, 3, Екатеринбург, Россия, 620028; ²ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, ул. Попова, 30, Екатеринбург, Россия, 620014

ALGORITHM OF RISK GROUPS FORMATION AND EARLY DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL ALLERGIC DISEASES IN HEALTH CARE WORKERS. Roslaya N.A.¹, Nojkina N.V.¹, Bushueva T.V.² ¹Urals State Medical University, 3, Repina str., Ekaterinburg, Russia, 620028; ²Ekaterinburg Medical Centre for Prevention and Health Protection of Industrial Workers, 30, Popova str., Ekaterinburg, Russia, 620028

Ключевые слова: медицинские работники; профессиональная аллергопатология; факторы риска

Key words: health care workers; occupational allergic diseases; risk factors

Цель — разработать критерии алгоритм формирования групп риска и ранней диагностики профессиональных аллергических заболеваний (АЗ) у медицинских работников (МР). Изучено состояние здоровья 585 МР по результатам ПМО (93% жен., средний возраст — 39,8±6,3 года стаж — 13,5±4,6 года), в ходе которого проведено анкетирование 300 чел. с целью выявления факторов риска (ФР) аллергопатологии. Периодическое возникновение симптомов, характерных для АЗ, указали 60,7% опрошенных, тогда как на ПМО жалобы на аллергические реакции предъявляли 8,9% МР. Значимым ФР развития АЗ является контакт с профаллергенами (77,5%), чаще заболевание развивается при наличии внутренних ФР: атопия — 56%, респираторные инфекции — 36,8%, а также курение — 17%. При расчете отношения шансов показан достоверно высокий риск развития бронхиальной астмы (БА): RR=3,85 (ДИ 95% 1,54–9,62), EF=74,01%, что соответствует очень высокой степени профессиональной обусловленности. Большинство (96,7%) МР указали на дебют АЗ после начала работы. 3,3% персонала приняты на работу с аллергенами, несмотря на АЗ в анамнезе, что свидетельствует о некачественном проведении экспертизы профпригодности во время предварительных медосмотров. По результатам ПМО с проведением анкетирования в 10,3% установлено подозрение на профессиональный генез АЗ, тогда как в результате обычных ПМО доля предварительных диагнозов составляет 0,9–1,7% от числа осмотренных. Первые клинические симптомы АЗ развивались чаще либо в первые пять (15,2%), либо через 15 лет от начала работы (63,6%). Раннее начало ПБА связано с клиническими проявлениями иммунной недостаточности (хронический бронхит, тонзиллит, отит, синусит, урогенитальная инфекция) и приводит к более тяжелому течению ($r=-0,347$). БА диагностировали лишь спустя 4,7±1,4 года от появления симптомов. С установленным диагнозом больные продолжали работать в условиях воздействия аллергенов до направления в профцентр от 2 до 16 лет (6,3±1,4 г). При исследовании иммунограмм выявлена иммунологическая дисфункция в виде изменения уровней IgA, G, M у 60% лиц групп риска. Алгоритм выделения групп риска и диагностики начальных проявлений профессиональной аллергопатологии во время проведения ПМО среди МР должен предусматривать выявление ФР с помощью анкеты с последующей консультацией врача-аллерголога и/или клинического иммунолога для информирования о повышенном риске развития АЗ, необходимых мерах профилактики и решения вопросов профпригодности.